

RUTIN Armbåge - Proximal ulnafraktur - FYS

Innehållsansvarig: Maria Gustafsson, Enhetschef, Fysioterapi Mölndal (margu63)

Godkänd av: Gunilla Kjellby Wendt, Verksamhetschef, Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi (gunkj2)

Denna rutin gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

Denna rutin gäller för

Samtliga fysioterapeuter och läkare inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset som ansvarar för rehabiliteringen av patienter behandlade inom Ortopedin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Bakgrund

Proximal ulnafraktur i detta dokument, klassificeras som Olécranonfraktur, Coronidfraktur samt Monteggiafraktur.

Fall på utsträckt arm är den vanligaste skademekanismen.

Det finns ingen vedertagen klassificering av proximala ulnafrakturer, men i Svenska Frakturregistret (SFR) används klassifikationerna Mayo vid olecranonfraktur, Morrey vid coronoidfraktur samt Bado vid Monteggiafraktur.

Olécranonfraktur kan delas in enligt följande:

- Mayo Typ 1:
"Avulsion av triceps" - fraktur med stabil led.
Odislocerade frakturer behandlas icke-kirurgiskt.
Dislocerad frakturer behandlas kirurgiskt med refixation av triceps.
Frakturfragmentet kan vara så litet att immobilisering ej är aktuell
- Mayo Typ 2:
Behandlas kirurgiskt med reposition och fixation av fragmenten samt re-fixation av triceps
- Mayo Typ 3:
Intraartikulär, instabil fraktur. Behandlas kirurgiskt

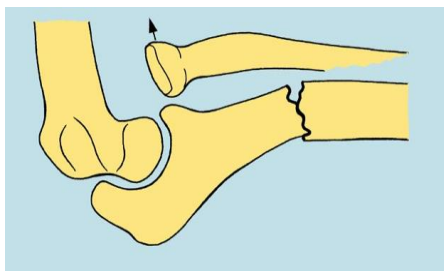
Coronoidfraktur kan delas in enligt följande:

- Morrey Typ 1: Stabil led. Ingen kirurgisk behandling
- Morrey Typ 2: Ofta med ledbandsbärande fragment. Kirurgisk behandling
- Morrey Typ 3: Avlöser hela coronoiden. Kirurgisk behandling

Monteggiafraktur kan delas in enligt följande:

- Bado Typ I (60 %): Ulnadiafysfraktur framåtvinklad + främre luxation av caput radii
- Bado Typ II (15 %): Ulnadiafysfraktur bakåtvinklad + bakre luxation av caput radii
- Bado Typ III (20 %): Ulnametafysfraktur + lateral/anterolateral luxation av caput radii
- Bado Typ IV (5 %): Ulna- och radiusdiafysfraktur + främre luxation av caput radii

Samtliga typer behandlas kirurgiskt med plattfixation samt reposition av luxationen.



Typ I. Proximala tredjedelen av ulna + luxation av caput radii

Doknr. i Barium 24036	Giltigt fr.o.m 2019-02-21	Version 13
--------------------------	------------------------------	---------------

RUTIN Armbåge - Proximal ulnafraktur - FYS

Syfte

Säkerställa fysioterapeutisk rehabilitering enligt aktuell evidens.

Ansvar

Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för att rutinen finns, att den är känd samt efterlevs. Arbetsterapeut och Fysioterapeut ansvarar för att arbetet bedrivs utefter avsedd rutin i den enskilda behandlingen.

Arbetsbeskrivning

Olecranonfraktur

Vid icke kirurgisk behandling, gips i 3 veckor.

Vid kirurgisk behandling, gips i 1 – 2 veckor, beroende på frakturens omfattning.

Coronoidfraktur

Vid kirurgisk behandling, gips i 1 – 2 veckor, beroende på frakturens omfattning.

Monteggiafraktur

Efter kirurgi, behandling med gips i vanligtvis 3 veckor.

För samtliga proximala ulnafrakturer gäller:

- Rörlighetsträning påbörjas i samband med att gipset tas bort, eventuellt med begränsat rörelseomfång, enligt läkarens ordination. Eventuellt ordineras ortos.
Vid olecranonfraktur och reinsertion av triceps ordineras patienten oftast ortos med begränsad flexion
- Armen får användas i lättare ADL-situationer.
Ingen yttre belastning de första sex veckorna efter trauma/operation

Viktigt att tänka på

Det är mycket vanligt med svullnad från armbåge och ned till underarm och hand. Fysioterapeutiska åtgärder för att förebygga och minska svullnad måste påbörjas direkt efter trauma/operation.

Vid coronoidfraktur finns ökad risk för bennybildning, HO (Heterotopisk ossification).

Var uppmärksam på eventuell nervpåverkan.

Var uppmärksam på associerade skador, såsom muskel eller ledbandsskador i axel, hand och handled.

Det krävs **minst** 30°-130° i armbågsflexion och 50° i pro- respektive supination för att ha en god funktion i armen.

Förväntade rehabiliteringstiden beror på skadans omfattning men varar vanligtvis i 6 – 8 månader.

Bedömning

Smärta utvärderas med VAS.

Rörlighet mäts regelbundet med goniometer.

Bedöm nervpåverkan genom att test yttlig sensibilitet och motorik.

Handstyrka mäts med "Grippit".

Isometrisk styrka mäts med FET dynamometer.

Självskattad funktion i övre extremiteten bedöms med QuickDASH.

Egenvärderad funktion bedöms med Patientspecifik funktionell skala (PSFS)

Funktion i övre extremiteten bedöms med Solem Bertofts funktionella teströrelser.

Doknr. i Barium 24036	Giltigt fr.o.m 2019-02-21	Version 13
--------------------------	------------------------------	---------------

RUTIN Armbåge - Proximal ulnafraktur - FYS

Fysioterapeutisk åtgärd

Se "Fysioterapeutisk behandlingsplan efter proximal ulnafraktur".

Ansvar

Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för att rutinen finns, att den är känd samt efterlevs. Fysioterapeut ansvarar för att arbetet bedrivs utefter avsedd rutin i den enskilda behandlingen.

Uppföljning och utvärdering

Innehållsansvarig/arbetsgrupp ansvarar för uppföljning/revision av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i journalen.

Relaterad information

Patientinformation – [Information till dig som skadat armbågen](#)

Hemträningsprogram – [Armbåge I](#)

Hemträningsprogram – [Armbåge II](#)

Hemträningsprogram – [Armbåge III](#)

Hemträningsprogram – [Armbåge - Gips](#)

Hemträningsprogram – [Armbåge - Ledad ortos](#)

Granskare/arbetsgrupp

Anders Björk, Fysioterapeut, Fysioterapi Mölndal

Maria Gustafsson, Specialistfysioterapeut, Fysioterapi Mölndal

Ylva Hagström, Specialistfysioterapeut, Fysioterapi Mölndal

I samråd med Carl Ekholm, Docent, överläkare, Ortopedi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Fysioterapeutisk behandlingsplan: Efter proximal ulnafraktur

Akuten Patient som inte blir behandlad med gips och som går direkt hem från Akuten, lämna ut:
Information till dig som skadat armbågen och instruera:
Hemträningsprogram Armbåge I.

Dag 1 postop/ efter skada på avdelning

Beskriv rehabiliteringsförloppet för patienten.

Bedöm om patienten är optimalt smärtlindrad inför fysioterapeutisk behandling.

Instruera:

Hemträningsprogram Armbåge - Gips.

Ödemprofylax:

- Instruera olika positioner av högläge i både sittande och liggande. Så ofta som möjligt ska armen vara över midjehöjd, gärna vila på bord, på arm- eller ryggstöd på soffa eller fåtölj
- Instruera patienten att varje vaken timma utföra aktiva axelrörelser och utföra stora kraftiga pumprörelser med handen. Verifiera att patienten tar ut maximal flexion och extension i alla fingerleder
- Vid behov, bandagera fingrar/handrygg

Bedöm nervfunktion fortlöpande.

Bedöm gång- och förflyttningsförmåga.

Ge patienten information om aktiviteter som **ska undvikas**, såsom att ta belastning på den skadade armen vid förflyttningar.

Prova ut slynga för att avlasta armens tyngd.

Slyngan används vid behov.

1 - 3 veckor postop/efter skada

Gipset tas av på Ortopedmottagningen. Eventuellt ordinerar patienten ortos, öppen eller begränsat rörelseomfång. Ortopeden skriver remiss till OTA. Ortosen provas ut i första hand av Ortopedingenjör.

Instruera hur ortosen tas av och på. Tänk på att underarmen måste vila i patientens knä eller mot ett underlag när ortosen tas av och på.

Påbörja rörlighetsträning enligt ordination. Börja gärna med icke-skadade armen och utför sedan rörelserna bilateralt.

Guida med lätt manuellt motstånd för att underlätta för patienten att aktivera armbågsflexorer respektive -extensorer.

Genomgång av:

Hemträningsprogram Armbåge I eller

Hemträningsprogram Armbåge – Ledad Ortos

Uppmuntra patienten att vara "tvåhänt" och använda hand och arm i lätta dagliga aktiviteter, inom givna restriktioner.
Instruera patienten att stimulera proprioception genom att beröra och ta i handen och armen, såsom att tvätta, smörja in mm.

Rekommendera kyla som smärtlindring.

Vid liten svullnad, ge patienten Tubigrip eller liknande.
Kombinera olika storlekar för att optimera kompressionen.
Om mer svullnad, instruera lätta strykningar i proximal riktning för att stimulera lymfsystemet. Gör först strykningar från överarmen in mot bröstkorgen alternativt upp mot halsen och bak mot ryggen. Flytta strykningarna etappvis ned till armbågen och sedan handen och därefter upp igen. Strykrörelsen sker hela tiden i proximal riktning. Eventuellt kan hand och arm behöva bandageras.

Mät rörlighet i armbåge; flexion, extension, pro- och supination.
Ta hänsyn till eventuella rörelsestrukturer.
Bedöm rörlighet i axelled och handled, bl a för att identifiera associerade skador.

Planera för fortsatt fysioterapeutisk behandling som påbörjas cirka en vecka efter traumat. De patienter som ordinerats ortos, de som har en nervskada eller kraftig rörelsenedsättning fortsätter sin rehabilitering på SU/Mölndal.

4 - 6 veckor postop/efter skada

Fortsätt med:
Hemträningsprogram Armbåge I och utöka rörlighetsträningen genom att instruera de delar av:
Hemträningsprogram Armbåge II som tillåts enligt restriktioner.

Uppmuntra patienten att använda hand och arm i lätta dagliga aktiviteter, inom givna restriktioner.

Visa patienten mobilisering av ärret. Informera om att tejpa ärret med t ex *Mepiform/Mesopore* under 12 månader.

6 veckor – 6 – 8 månader postop/efter skada

Utifrån ordination, eventuellt efter bedömning med röntgen, initiera yttre belastning i träning och i vardagliga aktiviteter.

Instruera:
Hemträningsprogram Armbåge III.

Fortsätt med rörlighetsövningar från:
Hemträningsprogram Armbåge II.

Fortsätt rekommendera kyla vid behov.

Prioritera rörlighetsträningen vid de polikliniska besöken med syfte att uppnå funktionellt rörelseomfång, minst – 30° till 130° flexion samt

Doknr. i Barium 24036	Giltigt fr.o.m 2019-02-21	Version 13
--------------------------	------------------------------	---------------

RUTIN

Armbåge - Proximal ulnafraktur - FYS

50° i vardera pro- och supination.

Använd manuella tekniker såsom lätt ledande motstånd, aktivt kvarhåll i ytterläge och kombinera med mjukdelsmobilisering.

Utöka successivt belastningar i träningen. Utifrån smärta och svullnad bedöm med vilken vikt och intensitet patienten ska träna sina övningar. Ökad belastning får inte leda till ökad svullnad, värk eller stumhet vilket är ett tecken på överbelastning.

Informera patienten om att fortsätta hemma med rörlighetsträning med kvarhåll i ytterlägen även efter att fullt rörelseomfång uppnåtts. Strukturer runt armbågen kan bli strama på nytt, även flera månader efter trauma/operation.

Om rörligheten inte förbättras eller t o m försämras, kan det bero på Heterotopisk ossifikation. Ta i så fall kontakt med ortopederna för diskussion om fortsatt handläggning.